CÁMARA DE REPRESENTANTES
XLVIIa. Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1723 de 2013

S/C

Comisión de
Derechos Humanos

ADULTO MAYOR

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 17 de julio de 2013

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Gustavo A. Espinosa.

Miembros: Señoras Representantes Orquídea Minetti y Daniela Payssé.

Invitados: Responsable del Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública, sociólogo Ricardo Alberti.

═══════II═══════

SEÑOR PRESIDENTE (Espinosa).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Derechos Humanos tiene el gusto de recibir al Responsable del Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública, sociólogo Ricardo Alberti.

El motivo de esta invitación, que agradecemos que haya aceptado, es conocer la realidad del adulto mayor en el Uruguay.

El pasado 15 de junio se celebró el Día mundial de la toma de conciencia sobre el abuso y el maltrato en la vejez, dispuesto por las Naciones Unidas.

El espíritu de esta Comisión es escuchar, aprender e interiorizarnos sobre las problemáticas o deficiencias que tiene el sistema a los efectos de poder garantizar una protección integral del adulto mayor en todos sus aspectos.

En esta Comisión hemos advertido que en nuestro país existen casos de maltrato al adulto mayor -lo he destacado en varias ocasiones-, en los que se conjugan los tres tipos de abusos -por decirlo así- : el psicológico, el físico y el económico.

El espíritu de esta Comisión es escuchar a las autoridades competentes y a los actores involucrados a efectos de recibir insumos e interpretar cuáles serían los avances legislativos o aportes que podríamos ofrecer para mejorar esta situación.

SEÑOR ALBERTI.- En primer lugar, quiero agradecer que nos escuchen. La señora Ministra pidió que la excusaran, porque no pudo concurrir debido a que está muy ocupada en esta instancia de Rendición de Cuentas.

Aclaro que soy sociólogo, no médico. Soy funcionario de Salud Pública desde el año 1992 y desde esa fecha he estado vinculado a los programas de adulto mayor, que han cambiado en todas sus facetas y formas de presentación.

La primera pregunta que nos hicieron llegar tiene que ver con los planes integrales que existen en la actualidad para las personas adultos mayores.

En el Ministerio de Salud Pública tomamos el concepto integral de dos formas. Por un lado, lo concebimos como ciclo de vida, que es el enfoque que se está tratando de dar en la actualidad. Muchas de las problemáticas que tienen los adultos mayores, ya sean en su salud o en lo social, tienen que ver con otras etapas de su vida, sobre todo en el aspecto sanitario. Pido disculpas por poner un ejemplo, pero el deporte, que es sumamente necesario en la tercera edad, a veces tiene poca incidencia si no se hizo en otras etapas de la vida. Entonces, el Programa del Adulto Mayor ha tratado de empezar a trabajar, junto con el Programa de la Niñez y la Adolescencia, desde el punto de vista de la integralidad. No es fácil trabajar desde varios programas, pero, de alguna forma, lo estamos haciendo.

Por otro lado, estamos trabajando la integralidad desde otro punto de vista, tratando de coordinar con el Ministerio de Desarrollo Social, en este caso con el Instituto Nacional del Adulto Mayor, específicamente con la licenciada Rovira, a la que creo que recibieron hace una semana. La información sobre el Instituto Nacional del Adulto Mayor ya la tienen, por lo que no me extenderé sobre el particular. El Ministerio de Salud Pública está trabajando estrechamente con el Mides en varios aspectos; uno de ellos tiene que ver con el abuso y el maltrato. El Ministerio de Salud Pública es uno de los representados -en este caso, en mi persona- en el Consejo Consultivo.

Integralmente hablando, el Ministerio de Salud Pública participa en la Línea Estratégica 7 del Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, relativa a las políticas sanitarias; en la Línea Estratégica 8, para la participación de las personas mayores en

políticas de salud, y en la Línea Estratégica 9, relativa a la formación de recursos humanos de la salud; en este aspecto estamos trabajando también con el Sistema Nacional Integrado de Salud, capacitando en la protección, abuso y maltrato.

Los puntos concretos de la integralidad los podremos reconocer en el Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez y en la definición de Metas asistenciales, que también tienen que ver con el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Considero que el Sistema Nacional Integrado de Salud, como programa de políticas sanitarias, tiene pocas herramientas. Una de ellas es la definición de Metas Asistenciales.

El Programa del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública propone Metas Asistenciales para que algunos aspectos importantes sean integrados al Sistema Nacional del Adulto Mayor, a efectos de que los prestadores públicos y privados las puedan cumplir. Por supuesto, hay algunos inconvenientes en esto. Así como el Programa del Adulto Mayor propone Metas Asistenciales -una de ellas es el Carné del Adulto Mayor-, también los otros programas incorporan metas. Es potestad del Sistema elegir cuáles incorporará. Pero tratamos de que cada una de las Metas Asistenciales que deban cumplir los prestadores públicos y privados tengan un componente que tenga que ver con los derechos del adulto mayor. Esta es una iniciativa que hace años que estamos tratando de implementar.

Actualmente, entre las Metas Asistenciales está la incorporación del Carné del Adulto Mayor. Ya se tiene una cobertura de un 30%. Se solicita que tanto los públicos como los privados lleguen a un 30% de cobertura en este semestre; algunos privados ya cumplieron esa meta. Por medio del Carné del Adulto Mayor se extraen cinco trazadores de vulnerabilidad, cinco datos que indican el grado de vulnerabilidad de la persona mayor. La vulnerabilidad también es tomada desde el punto de vista del abuso y del maltrato, además de la vulnerabilidad psicológica, física y social. Estos cinco indicadores permiten identificar a aquellas personas mayores más vulnerables que hoy en día, según las investigaciones -algunas de Uruguay y otras del exterior-, pueden ingresar al Sistema Nacional Integrado de Salud. Si una persona de sexo masculino tiene más de setenta y cinco años, vive sola y tiene problemas respiratorios, sabemos que es posible que cada año pase dos o tres meses vinculado con un sistema de salud por medio de una internación.

Estos indicadores también identifican a aquellas personas que pueden ser víctimas potenciales de abuso y maltrato. ¿Por qué víctimas potenciales? Porque, a veces, resulta muy difícil identificar a las personas que sufren abuso o maltrato por medio de identificadores sanitarios. No quiero abundar en detalles -los señores Diputados los deben conocer-, pero la persona adulta mayor víctima disimula más los abusos y los maltratos. Quizás ya lo hablaron en la Comisión, pero cuando trabajamos en estos temas, advertimos que pocas veces una madre denuncia a una hija o a un hijo por abuso o maltrato. Puede ser que accedamos a un episodio, por medio de la atención sanitaria a través de ASSE o de un prestador privado, pero nunca se llega a efectivizar la denuncia, más allá de haber sido comprobado el hecho. A veces, el abuso ni siquiera es identificado por la persona abusada. En Uruguay, existe, sobre todo, el abuso económico. Resulta dificilísimo detectar ese tipo de abuso, más allá de algunos indicadores que tenemos. No se hace efectiva la denuncia, que es el mecanismo por el cual el Estado, en este caso, puede actuar.

Estos cinco indicadores fueron incorporados en la historia clínica. Los prestadores que incorporan estos indicadores, si los vinculan, tendrán la capacidad de detectar, en poco tiempo, a las personas mayores vulnerables. Podrán detectar a las personas que requerirán reiteradamente sus servicios en el siguiente invierno. Podrán advertir que, en

cierto tiempo, esas personas necesitarán algún tipo de atención o de medicamento. Ese es el valor del indicador, en este caso.

Uno de los problemas que existe, desde el punto de vista legal -tiene que ver con una de las propuestas que se han hecho, pero no me quiero adelantar-, consiste en la identificación de la persona. Sabemos que el abuso y el maltrato existen y todos hablamos de eso, pero es difícil realizar la identificación en un país tan chico. Si bien tenemos un porcentaje alto de adultos mayores, en realidad, estos resultan muy identificables, sobre todo, cuando uno trabaja en los prestadores públicos o privados y advierte que los que realizan las consultas son casi siempre las mismas personas. Pasa lo mismo con la población de niños.

Una Meta Asistencial ha sido el Carné de Adulto Mayor. Otra meta que logramos incorporar fue que estos indicadores se incluyeran en la historia clínica, en papel. Por otra parte, se está trabajando en la historia clínica informatizada. Así, logramos priorizar en un acuerdo con los demás programas y áreas el que estos cinco indicadores entren a la historia clínica informatizada, cosa que dentro de muy poco tiempo se pueda identificar con mayor velocidad a estas personas.

Otro de los temas es la promoción de la actividad física, de la alimentación adecuada y de los hábitos no tóxicos entre las personas mayores, que toca tangencialmente al tema que nos convoca, la prevención del suicidio.

Estoy viniendo de una actividad que se hizo por el Día Internacional contra el Suicidio. Por suerte me tocó hacer el primer estudio de población suicida adulta mayor. Digo por suerte porque antes no estaba identificada como población diferente. Desde hace cinco años el mundo empezó a cambiar en esto, y están creciendo alarmantemente los porcentajes de suicidios en la tercera edad, más que en otras poblaciones.

El suicidio en la tercera edad está teniendo características propias, no vinculadas a otras. Como ejemplo, no tiene las mismas manifestaciones, no se identifica la forma, hay muchos menos intentos y muchos más aciertos que las poblaciones de otras edades y está muy solapado en la identificación. Los signos de suicidio están muchas veces vinculados al abuso y maltrato porque es la única salida ante situaciones de soledad total o relativa. No tiene muchos indicadores, y a veces los sistemas sanitarios -y es un mea culpa para nuestros Ministerios y los prestadores privados de la salud- toman las señas como propias del envejecimiento. Un viejo pensativo, amargado, llorando solo o sin ganas de hacer nada, se toma como parte de la vejez, y a veces es producto de una intención suicida que, a su vez, es consecuencia del abuso y del maltrato. No sé dónde ponen ustedes el límite del abuso y del maltrato. A veces no es físico, sino solamente el abandono, no llamarlo, no visitarlo.

Es la primera vez que tenemos datos. Recién hicimos el estudio 2011- 2012: 396 casos con fuerte presencia masculina; casi un 80% fueron hombres contra un 20% de mujeres. Los suicidas son más hombres que mujeres, salvo entre los treinta y pico y los cuarenta y pico de años; esos datos vamos a tomarlos con pinzas porque no los conozco bien. Estar casado es un preventivo del suicidio en edades adultas jóvenes, mientras que en los adultos mayores casi el 50% de los suicidios fue de casados. Hay referencias urbano- rurales que son interesantes. También éste puede ser uno de los elementos que nos permita identificar el abuso y el maltrato. En este asunto hay muchas carencias. Una es que todavía no se está ni siquiera investigando el intento. Primer problema. Es difícil identificar el intento de suicidio en el adulto mayor.

Otro gran problema es el subregistro. Todo adulto mayor tiene acceso a medicamentos, a veces producto de una mala medicación, o de la polifarmacia: cada

médico que consulta le manda medicamentos, lo que hace que tenga muchos medicamentos a su alcance. Esto se suma a la fragilidad que estas personas tienen. A veces se autoadministran varios medicamentos y queda subregistrado. Es un suicidio -los que trabajamos en esto nos damos cuenta-, pero queda subregistrado: "Se equivocó en el medicamento". Me pueden decir: "Una persona con dos tranquilizantes no se puede morir". Yo respondo: una persona joven no, pero una persona dependiente, frágil, sola, es otra cosa.

Me excedí un poco en esto pero aproveché a mencionarlo porque es la primera vez que tenemos los datos.

Otro de los temas es la dimensión sexual de la vejez. Uno de los derechos es el reconocimiento de la sexualidad en la vejez. Se está trabajando en eso, se han hecho cartillas. Yo sé que es un tema cultural. En la evaluación vital trabajamos mucho en lo que es el segundo proyecto de vida, la capacidad de reformular después de la jubilación, que es un hecho que en el suicidio se marca mucho. La edad de jubilación del hombre es evidente en el tema del suicidio. Diría que es uno de los factores de riesgo en el hombre, más cuando se suma con el tema de pareja.

Hay varios fenómenos que se van dando concatenadamente. Uno es dejar el grupo de referencia, que es el lugar de trabajo. Los hombres somos lo que hacemos, y tenemos serias dificultades para reengancharnos, no tenemos la cultura del "hobby", y es un gran problema. Si tenemos cinco minutos, los trabajamos o los descansamos para trabajar más. La mujer tiene más patas en la sociedad y cuando deja una actividad, sigue con otras. Es una de las únicas soluciones que a nivel mundial se están viendo, y también en el Uruguay: no hay una estructura alternativa.

Volviendo a la dimensión sexual, reconocemos como derecho la realización sexual. En nuestra vida tenemos cuatro instancias o momentos de divorcio: el reciente, a los siete años, a los catorce años y entre los 55 y los 65 años de edad. Están surgiendo, en Uruguay primero y en otros países un poco después, los divorcios en edades adultas mayores, lo que también es potencialmente señal del abuso y del maltrato. El pico de divorcios entre los 55 y los 65 no existía hace cinco o seis años. Hay dos comportamientos muy diferentes. El hombre rehace su pareja con una mujer más joven; hay una reformulación. Quizás en el futuro, una situación de abuso, sobre todo económico, y maltrato, pero por ahora potencial -no tenemos forma de relevarlo-, puede venir por allí. La mujer, con la misma edad, no rehace su pareja, sino que se reformula para la casa. Estamos teniendo cada vez más mujeres solas y más envejecidas, a veces replegadas a la función familiar y otras veces solas. En el censo anterior había un 14% de personas que vivían solas, lo que no quiere decir en soledad. En este último censo no sé si no se duplicó en las personas mayores de 65 años.

Hablamos de las metas asistenciales, de la condición sexual. Pasamos a la sensibilización de los profesionales de la salud con el tema de los estereotipos y con la identificación del abuso y del maltrato. La identificación del abuso y del maltrato es dificilísima hasta en lo biológico, en lo físico. Las personas mayores tienen marcas en su piel que son producto del envejecimiento, por más que uno las vea con cuidado. Por eso los médicos forenses tienen dificultad en identificar el abuso, que en otras edades puede ser muy identificado; en el adulto mayor no se identifica.

A su vez, el adulto mayor consulta menos al médico, o consulta y no hay una revisación total como sucede en otras edades, específicamente con los niños. Cuando uno va al pediatra con un niño, éste hace un escaneo general. Si bien en los protocolos de Salud Pública se lo solicita, a veces no se hace. No se hace esto con el adulto mayor, un poco por un tema de pudor, sobre todo de la mujer y otro poco por el respeto a la

consulta, porque a veces se trata de renovación de medicamentos, Y también, las marcas son difíciles de detectar. Este es uno de los impedimentos que tenemos para detectarlas en el sector salud.

Como dije, denunciar a un familiar es muy difícil.

También están los mecanismos. Hace un año se trabajó en la adaptación de un protocolo de violencia familiar, hacia la mujer, para adultos mayores, porque en el Ministerio de Salud Pública, cuando aparece algún caso, utilizamos la red de violencia doméstica, para aprovechar la experiencia que tiene esta red desde hace muchos años, pero siempre y cuando sea mujer. El problema es si es hombre. Cuando utilizamos la red de violencia doméstica, uno puede sacar a la persona por un tiempo y llevarla a otro lugar. El tema es que a veces no hay tantos lugares para llevar a la persona mayor, como a una mujer que es violentada por su pareja. Además, en el 99,9% de los casos, la casa es de la persona violentada; las pertenencias son de las personas violentadas, y el que violenta es hijo, nieto u otro familiar. Esto es para que vean qué difícil es trabajar el tema desde el sector de salud.

La inteligencia, en este proceso llevó a utilizar una red que existía, así como también crear un protocolo -que todavía no está legitimado- para la identificación de estas situaciones, que prevé esto de las marcas físicas, así como también la detección del abuso psicológico, que tiene otro problema serio. No se olviden de que si bien todos los adultos mayores no son demenciales, hay un estigma. Entonces, a veces los profesionales dudan, respecto de aquellos, de si algo es fantasía o verdad. Como los diagnósticos de demencia llevan mucho tiempo, a veces no se actúa inmediatamente. Este es uno de las grandes dificultades.

El problema de los protocolos de demencia senil es que, a veces, la fragilidad de las personas mayores hace que ante una internación -capaz que les ha pasado a nivel familiar- haya una desubicación tiempo- espacial, como la llaman los médicos, que es cuando una persona mayor que está bien en su casa, tiene un pequeño accidente e ingresa a cualquier centro -público o privado- y eso le genera un trastorno.

Espero que no me acusen de meterme en disciplinas que no son las mías, pero hasta las infecciones urinarias en mujeres mayores a veces producen problemas momentáneos de demencia. Digo esto para que vean lo difícil que es aplicar el protocolo que se hizo con esta red de violencia doméstica, que va a ser incorporado inicialmente en Asse. La coordinación de todo esto se hace desde el programa de violencia de género que funciona en el Ministerio de Salud Pública. No es nuestro programa. En realidad, la coordinación fue a través de este programa de violencia de género que depende del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

La sensibilización de los profesionales de la salud es un gran problema, y estamos trabajando en eso. Entre las metas asistenciales, una de la que se incluyó fue la capacitación del personal de salud en las características que tienen los adultos mayores. No es igual un usuario mayor que un usuario joven. Hay un desconocimiento severo en la sociedad acerca del funcionamiento de una persona mayor. Le hablan de detrás de una mampara, le dicen muchos datos juntos, nombran siglas, etcétera. Hay cantidad de cosas para aprender.

Hemos tenido una buena experiencia en que, cuando se explica todo esto a la gente que trabaja en el sector salud, lo entiende, porque cada cosa tiene una explicación. La famosa reiteración del adulto mayor, que a veces a nivel familiar nos llama la atención o hasta puede llegar a incomodarnos, tiene una explicación. No entenderlo es como no respetar las características que tienen estas personas mayores. Entonces, se está

haciendo una sensibilización en eso, tratando de que lo comprenda la gente que los atiende cotidianamente.

Una de las cosas que estamos pidiendo es poder crear ventanillas preferenciales, no solamente para el adulto mayor -porque no queremos identificarlo negativamente-, sino también para las embarazadas y los discapacitados, para que tengan un acceso más rápido. El mundo nos lleva varios años de ventaja en esto. Hoy en día hay taxistas que están formándose en este tema. Hay unos proyectos muy interesantes en Brasil sobre algunos porteros que también están formándose en este tema. Es gente que tiene un vínculo con el adulto mayor y que está capacitándose, no solamente la gente que trabaja en los centros de salud.

Por otra parte, por su idiosincrasia y por su experiencia de vida, el adulto mayor tiene menos capacidad para defender y reclamar sus derechos. Entonces, acá hay que dar un doble paso. No sirve solamente decir que tiene tales o cuales derechos, sino que hay que enseñarle a demandar estos derechos. A veces, tienen miedo a expresar o a solicitar algo y que eso signifique, en un futuro, que se lo quiten o que se enoje la persona a quien le está reclamando y no puedan conseguir otra cosa. Ese es uno de los problemas que estamos teniendo y que vamos identificando en la capacitación para la prevención del abuso y maltrato.

En cuanto a la identificación de necesidades de formación profesional de salud, podemos decir que, específicamente en lo que tiene que ver con el adulto mayor, el Uruguay tiene una Cátedra en Geriatría y, dentro de Enfermería también hay una Cátedra vinculada a esto.

Después en la Facultad de Psicología hay un Servicio de Psicología a la Vejez, que también está trabajando como servicio no incorporado, pero no hay muchos más profesionales que estén capacitados para esto.

También nos pasa que, a veces, por más que estamos pidiendo que se formen en la Facultad, no es de las especializaciones más atractivas. Mi formación como gerontólogo social la tuve que hacer en el exterior. Todavía no existe en el Uruguay este tipo de formación

Entonces, se identificaron las necesidades en los centros de salud y se identificó a los profesionales que deberían tener una mayor formación. Esto lo logramos incorporar por medio de las metas asistenciales. Logramos pedir que en una de las metas asistenciales se incorporara una capacitación básica por parte del prestador sobre el tema del usuario mayor y las patologías y procedimientos más comunes y acordes a los adultos mayores.

Otro de los temas en los que estamos trabajando es en el análisis de eliminación de impedimentos administrativos y de gestión para el acceso a la salud. A veces, hay que hacer interminables trámites en diferentes colas en varias ventanillas. Esto no es igual para una persona joven que para una persona mayor. No se trata de hacer una discriminación positiva. Estamos tratando de no hacerla, pero debemos lograr que haya una cierta celeridad en este tema de los trámites, máxime cuando estamos hablando del acceso a la salud de personas que tienen derechos. A veces, no solamente acceden ellos a la salud, sino que llevan a sus parejas. Este es el típico caso de la mujer mayor que cuida a su marido, aún mayor y con patologías, que tienen que hacer los trámites en el sistema sanitario.

Estamos tratando de implementar una ventanilla preferencial. Tratamos de hacer promoción desde el punto de vista sociocultural, en sentido de que si ven a un adulto mayor o a una embarazada, los dejen pasar primero, como hacemos con otras colas,

pero no nos ha resultado tan productivo el hecho de promocionar la preferencia en los lugares sanitarios Es un problema que nos excede como Ministerio de Salud Pública. Es un tema de idiosincrasia del uruguayo y, a veces, ni siquiera de idiosincrasia, sino de falta de sensibilidad o de conocimiento.

También estamos trabajando en la promoción de la evaluación geriátrica integral. El usuario de salud adulto mayor es el único que no tiene un protocolo general de diagnóstico. Por un lado, porque tenemos muy pocos geriatras -por suerte, va aumentado el número- y, por otro, por un gran problema: que a veces nuestros adultos mayores no van al geriatra, porque eso significa aceptar su envejecimiento. No tenemos una cultura de eso, aunque si tenemos un problema gástrico, vamos a un gastroenterólogo. A veces terminan siendo llevados a los geriatras por familiares o por derivación pero, por lo menos, se promociona un protocolo general. Cada vez que aparece una persona, se hacen algunos estudios que tienen, sobre todo, una utilidad preventiva en patologías que van a venir. Con respecto a los protocolos, el gran problema que tenemos desde el punto de vista de la salud, es que como hay poco conocimiento de la biología del envejecimiento, no se le presta atención. Además, el número de adultos mayores ha crecido rápidamente. Y hay algunas dificultades en los protocolos de diagnóstico y tratamiento. Al respecto, quiero destacar tres Comisiones importantes. Una de ellas es la Comisión del protocolo de diagnóstico de demencias y Alzheimer. Si bien a nivel mundial los estudios y tratamientos están estandarizados, hay una polirrespuesta del sector sanitario, tanto privado como público; dependiendo del profesional que los atienda, será el tipo de diagnóstico que se haga. A veces, se diagnostican y medican enfermedades que no son tales. Un caso concreto, que es mi responsabilidad directa, es el del Alzheimer. Muchas veces, se atiende a un adulto mayor con algún tipo de patología que no tiene por qué ser Alzheimer, pero lo más fácil es decir que tiene esa enfermedad. El Alzheimer lleva un diagnóstico diferencial especial y un tratamiento diferencial especial. No me quiero meter en camisas de once varas, pero hay cantidad de diagnósticos de demencia que tienen diferentes tratamientos, que no son específicamente ese. Por eso se creó una Comisión, con el apoyo de la Cátedra de Geriatría, que es la que coordina técnicamente. Nuestro programa hace la coordinación general con las Cátedras de Neurología, de Fisiatría, de Geriatría y de Enfermería, con la finalidad de crear un solo protocolo. La idea es utilizar la herramienta de metas asistenciales, que ya les comenté, para incorporar ese protocolo. Vamos a pedir que toda persona mayor del que se tenga alguna sospecha de una demencia o de un Alzheimer sea diagnosticada por determinados procedimientos -que ya existen, solo hay que compilarlos- y que antes se le hagan ciertos estudios. Se le va a dar hasta el tipo de derivación, según la patología. Es como la creación de un manual. La ventaja que tiene esto es que al involucrar a la Cátedra de Geriatría, más todas las Cátedras vinculadas al tema y la Sociedad de Geriatras y Gerontólogos -que es la asociación gremial que los nuclea-, hay un acuerdo general, hay una legitimación. El aporte que nosotros podemos hacer desde el Ministerio de Salud Pública es volver eso una meta asistencial, para que cuando en un centro asistencial aparezca una persona mayor con estas características se le apliquen estos procedimientos y estas derivaciones.

También se está conformando una Comisión para el protocolo de caídas. Aunque parezca banal, las caídas son un evento principal en la salud del adulto mayor. A veces, tienen mucho que ver con el abuso y el maltrato. Si bien hay caídas seniles benignas -como dicen los geriatras-, comunes al envejecimiento, hay otras tantas que son un signo muy importante de algún otro tipo de patología que puede ser prevenible y hasta eliminable o subsanable.

Por eso es que también con la Cátedra de Geriatría, con la de Enfermería, con la Sociedad de Geriatras y Gerontólogos se está diseñando un protocolo que, ante esa situación, permita descartar de una forma bastante fácil las patologías que pueden ser prevenibles y se trabaje en la rehabilitación. Ustedes habrán conocido muchos casos de la típica mujer mayor con problemas de osteoporosis, que sufre una caída y se fractura la cadera. Puede tratarse de una persona completamente independiente cinco minutos antes de caerse. A veces, por no respetar los protocolos de caídas, en cinco minutos esa persona pasa a ser dependiente y no tiene una buena rehabilitación. A veces, no se sabe si operar o no, según el grado de envejecimiento de la persona, por los impactos de la intervención. Debemos contar con un protocolo que establezca que ante determinado tipo de caída se debe hacer cierta rehabilitación para que esa persona vuelva a ser independiente y pueda llegar a vivir sola, en el caso de que anteriormente viviera en esas condiciones.

Entre las metas asistenciales se incorporaron dos consultas obligatorias y gratuitas para las personas de entre sesenta y cinco y setenta y cinco años, y cuatro consultas en el caso de las personas de más de setenta y cinco años. También tienen derecho a dos "screening" -diagnósticos- anuales, gratuitos, que descartan las principales patologías.

Desde hace un año venimos trabajando en una Comisión operativa para el usuario adulto mayor. Esto se creó no solo con instituciones académicas o gremiales, sino también con la organización Consumidores y Usuarios Asociados -CUA-, en la que hay gente que trabaja en temas vinculados a la salud, y con la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay, ONAJPU. Esta Comisión detectó algunos problemas de los adultos mayores como usuarios. En ese momento, fue iniciativa de CUA. Lo primero que se hizo fue identificar al adulto mayor usuario de residencias u hogares.

¿Qué podía hacer la Comisión? La Comisión creó un manual de selección de residencias para el que la elige que, en general, es el familiar. El problema que se presenta es que prácticamente nunca es el adulto mayor el que selecciona la residencia; esto solo sucede en aquellos casos de adultos mayores que tienen cierto nivel cultural y cierta previsión, y que desde tiempo antes empiezan a seleccionar posibles lugares. La residencia casi siempre es seleccionada por un familiar. Entonces, el familiar es el contratante y el problema es que, muchas veces, el servicio se estructura, hasta en su marketing, con respecto al contratante, que es el familiar, y no al adulto mayor. Un ejemplo anecdótico son los jardines, que muchas veces son impresionantes en las residencias para adultos mayores, pero lo cierto es que ellos prácticamente no los utilizan. Los jardines son un enganche para el que contrata, para la persona joven.

Por eso se hizo un protocolo muy interesante -está listo para colgar en la página web-, que contiene los puntos importantes para que un familiar que quiera contratar un servicio de calidad, más allá del precio, pueda tener en cuenta algunos indicadores, por ejemplo, las rampas, la cantidad de personal, la cantidad de camas por lugar, las actividades que se realizan, el tipo y cantidad de comidas, qué jerarquías debe haber en una institución de esta clase para el cuidado de los adultos mayores, la posibilidad de la visita libre en horarios normales, lo cual es un indicador de calidad del servicio, entre otros. Se creó este instrumento para el familiar, de manera que pueda seleccionar responsablemente. Al final vamos a volver sobre esto, es decir, sobre cómo responsabilizar al núcleo familiar. Esta Comisión funciona desde 2012.

También con respecto a residencias y hogares para adultos mayores, hace dos años hicimos un convenio con ONAJPU que involucra las residencias del interior del país. El problema era que en el interior no sabían cómo viabilizar las denuncias. Este convenio

habilitó a ONAJPU a realizar las denuncias correspondientes a estas instituciones en el interior del país, por escrito, en la Dirección Departamental de Salud. De manera que no tenían por qué trasladarse a Montevideo ni tampoco al Hospital, dado que el Director Departamental de Salud tiene entre sus cometidos específicos la habilitación, inspección y sanción.

Si bien había mucha demanda, lo que sucedió a partir del convenio fue una sorpresa, porque hubo dos o tres casos en todo el país. El efecto fue muy positivo. No se trata de que los representantes de ONAJPU hagan la inspección, pero lo cierto es que, a veces, en su cotidiana labor de visita observaban algunas irregularidades y lo ponían de manifiesto. Esto llevó a que hubiera una negociación o, por lo menos, más control informal con respecto a estos servicios. Hay muchas más acciones en las que no sé si ahondar, o si ingresar en las recomendaciones.

El informe es más extenso, estoy haciendo un punteo para no aburrirlos.

Entre las recomendaciones -una de las preguntas planteadas por ustedes- se debe buscar los mecanismos legislativos para fortalecer los lazos y responsabilidades familiares, porque un gran problema de las residencias y hogares es el tema del familiar. Más allá de que el Ministerio de Salud Pública habilite, sancione y cierre residencias, la realidad es que existe demanda y a veces el familiar no busca la calidad del servicio; a cuenta de esto es que dábamos instructivos al familiar. A veces se busca el precio, pero de una manera exagerada. Entonces cuando se inspecciona una residencial y se decide cerrarla, es muy factible que vuelva a abrir en otro lugar, con la misma gente, con los mismos usuarios. En varias ocasiones nos ha pasado que cuando el Ministerio de Salud Pública cierra una casa los primeros en aparecer dentro de Salud Pública para quejarse son los familiares, a veces es algo fomentado por el mismo dueño de la residencial, para que se abra otra con el mismo costo. Entonces, estamos ante un problema de responsabilidad. Si bien nuestra legislación contempla herramientas para responsabilizar al familiar, no están siendo utilizadas.

Otro tema es la creación de una figura específica que contemple la situación del adulto mayor, por ejemplo, a través de una fiscalía. Quizás no sea necesario llegar al "ombudsman". Yo estuve cuando en Buenos Aires se creó el "ombudsman" del adulto mayor y quizás Uruguay también podría crearlo, de pronto el problema sean las estructuras, pero debe crearse una figura específica que contemple estos grandes temas. En el caso de residencias el problema no es solamente sanitario, sino también social, económico y es necesario personal que tenga la capacidad de coordinar estos aspectos.

Además, sería oportuno buscar mecanismos normativos que incrementen y mejoren las prestaciones sociales a fin de favorecer el acceso de las mujeres a la seguridad social. En nuestro país, el envejecimiento es netamente femenino y cada vez mayor. En la franja comprendida entre 65 y 75 años de edad, el número de mujeres es el doble que de hombres, luego de los 75 años de edad, este guarismo se cuatriplica. Hay que fortalecer las prestaciones. A veces, se trata de mujeres amas de casa, es decir, que no trabajaron fuera de su hogar y aunque algunas reciben prestaciones, consideramos que deben ser mejoradas porque es donde se observa que existe mucha dificultad.

Respecto a exigir a través de la legislación capacitación del personal, es importante, porque en esa área existen serios problemas. Insistimos en que en los programas profesionales que tienen que ver con lo sanitario, se forme personal específicamente para esta tarea. El gran problema es que no existe una exigencia. Si yo tuviera un servicio de cuidados, no hay ley que me exija que el personal deba estar capacitado y haya aprobado con cierto nivel; no existe requerimiento alguno. La capacitación pasa por la buena voluntad de la persona que quiere cumplir mejor su función, pero no pasa por

mejorar la calidad de la prestación del servicio. Hemos dictado cursos gratuitos para personal de las casas habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y nos hemos encontrado con varias sorpresas poco gratas. Por ejemplo, el personal se rota frecuentemente, entonces, nunca puede terminar de capacitarse. Además, a los cursos envían a la persona que consideran más apta porque el dueño tiene miedo de que comente cómo se presta el servicio.

Otro aspecto es el bajo nivel socio- cultural e intelectual que a veces tienen estas personas que trabajan en esta área. Cuando asumimos la dirección del programa traté de confeccionar un "ranking" con las personas que dictaron el curso, y resultó que en primer lugar, la preferencia era cuidar niños, en segundo término, la limpieza doméstica o de instituciones y en último lugar, el cuidado de adultos mayores. Estamos hablando del mejor personal que nos enviaba las residencias. La baja calificación del personal es un tema muy complicado. Podría no serlo tanto. A nivel mundial uno ve que los servicios para adultos mayores, más allá de una crisis, son una solución, porque absorben personal recapacitado o poco capacitado, sobre todo femenino, para el cuidado. Acá no tenemos una exigencia de capacitación.

Se planteaba que hay que conocer deficiencias para poder impulsar políticas de Estado. Algunas tienen que ver con ciertos procesos. Se debe lograr coordinación de recursos públicos y privados. Tenemos al incipiente Consejo Consultivo que nos permite, por lo menos, vernos las caras, tomar algunas medidas vinculadas a inspecciones colectivas o a capacitación. No hay una buena coordinación; no hay un lugar en el que me entere de lo que está haciendo el Banco de Previsión Social, salvo el Consejo.

Por otra parte, no existe una buena comunicación con las redes de adultos mayores. El Consejo tiene la red de Adulto Mayor Nacional, pero no existe un buen vínculo. La situación del adulto mayor no tiene mucha prensa. Inclusive, a veces es difícil dar a conocer cursos gratuitos que se brindan para el autocuidado. La comunicación es difícil y no se llega a la población.

Por otra parte, no existe una correcta identificación de las personas mayores vulnerables. Esta es una posición egoísta; Salud Pública no se preocupa específicamente. Si yo quisiera llevar adelante una política, porque sé que hay personas mayores vulnerables biológica, social y psicológicamente, ¿cómo los identifico? Quizás, esta tarea sea más fácil en el interior; aquí en Montevideo es difícil. Por ese motivo se crearon los cinco indicadores. Si se los respetara, existiría alguna base para saber quiénes se encuentran en situación de vulnerabilidad. De esa manera podría identificarlos para realizar alguna acción preventiva puntual.

La insistencia es en la capacidad mínima obligatoria para los prestadores de servicios de salud. Si bien hay metas asistenciales, todavía estamos cumpliendo -también es una mea culpa- con algunas pautas. Saben que las metas son por porcentaje de cobertura. Si bien el Sistema Integrado de Salud es una herramienta muy inteligente, no está siendo lo suficientemente efectiva y rápida para el adulto mayor. Si hay algo que los adultos mayores no tienen, es tiempo. Digo esto porque estoy como Director del Programa del Adulto Mayor; no sé si lo diría si estuviera a cargo de políticas sociales. Cuando hay que elegir, al momento de incorporar en los sistemas asistenciales entre el adulto mayor, el niño, el accidentado, la mujer embarazada o a la madre adolescente, a veces el adulto mayor va quedando para atrás. Creo que eso parte de la vieja concepción de que el adulto mayor ya tiene todo hecho. Yo trabajo con la sociedad civil y les puedo decir que los adultos mayores odian que les digan que la jubilación es algo que se les da. Los estadistas dicen que nuestros adultos mayores son los sectores de mayores ingresos

de América Latina, porque les pagamos tales o cuales jubilaciones. La jubilación, en realidad, no es algo que se da, sino un derecho adquirido luego de trabajar muchos años.

Entiendo que es necesario acelerar el Sistema Integrado y ponderar el poco tiempo que tenemos para tomar medidas para el adulto mayor; no debemos denigrarlo ni dejarlo para otro nivel.

No quiero aburrirlos con datos, preferiría evacuar dudas.

SEÑORA PAYSSÉ.- Es un gusto el intercambio que estamos realizando sobre este tema que consideramos importante y venimos analizando desde la sesión pasada. Toda la información que nos ha suministrado será repasada en la lectura de las versiones taquigráficas. Seguramente tendrá algún material para dejarnos; su exposición ha sido muy ordenada y sistematizada.

En función de lo último que dijo el sociólogo Alberti, quiero hacer algunas reflexiones.

Alberti habló de las demencias, patología que se asocia, obviamente, a los adultos mayores, y al diagnóstico erróneo; eso creí entender. A mi juicio es así y, por supuesto, es una cuestión de salud, pero también, por el error de diagnóstico, genera otros problemas que van más allá de la salud.

Por razones familiares tuve que interiorizarme rápidamente de las características de las demencias, y descubrí un mundo enorme de matices, inclusive, de demencias que solo pueden ser detectadas a través de la necropsia, lo que puede dificultar que se sepa si una persona padece una demencia, porque eventualmente se podría descubrir después de su fallecimiento y, en general, no existe interés. Descubrí este mundo para mí desconocido, y realmente creo que hay mucho para hacer en la materia.

Insisto con que, en general, lo del Alzheimer es la etiqueta, cuando sabemos que hay demencias que no empiezan con pérdida de memoria, sino con otros síntomas, por ejemplo, la desubicación en el espacio, etcétera, y tiene connotaciones muchas veces parecidas al Alzheimer o al Parkinson.

También hay diagnósticos de demencias mixtas, que luego se deben corregir, porque se basaron en algunos estudios que darían la impresión de que se podría estar ante una patología, pero síntomas posteriores van indicando otra cosa. No son casos aislados, sino casos que me preocupé de analizar; inclusive, me hice medio "experta" -entre comillas- de una demencia denominada "cuerpos de Lewy", que en realidad es bastante extraña, compleja y desconocida, porque para interiorizarme tuve que consultar en el exterior.

Todo lo que ha dicho Alberti y que yo reflexiono está totalmente vinculado con la demencia del adulto mayor, ya sea culturalmente o en lo sanitario. Entonces, me parece que haya una alerta al respecto. En general, es muy fácil decir "está viejo", "está loco", "tiene Alzheimer", "tiene demencia senil", y así lo asumimos.

Por otra parte, una vez diagnosticadas algunas demencias, la posibilidad de interiorizar en el tratamiento de la patología es fundamental para mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

Asimismo, Alberti hizo referencia a la eventualidad de crear un "ombudsman" para las personas mayores; el país cuenta con la Institución de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, creada en el Parlamento, con una concepción de equipo, porque queríamos que fuera una institución holística que abarcara todos los temas vinculados a los derechos, en su más amplia gama. Entonces, creo que ese es un ámbito interesante,

con el que nosotros intercambiamos como parlamentarios, pero también controla la aplicación de las políticas públicas, genera recomendaciones, analiza protocolos, ayuda a elaborar informes. Además, la dotamos de personal suficiente como para que pueda contar con los técnicos vinculados a los diferentes temas que hacen a los derechos de las personas en distintas etapas de la vida y circunstancias.

Me parece importante tener en cuenta esta sugerencia, porque es una institución que todavía está muy poco reconocida, a pesar de que si analizamos sus potestades, los derechos del adulto mayor encajan claramente, y sería interesante manejar esta posibilidad en el marco de los protocolos y de esas dificultades planteadas con los adultos mayores.

Por último, estoy totalmente de acuerdo con el planteo de Alberti vinculado con los tiempos. Si algo tiene el Sistema Nacional Integrado de Salud es que cambió la lógica de la atención de la salud; pasamos de una atención netamente paliativa de los problemas de salud a un sistema que se basa en la prevención. Obviamente, quienes no pueden esperar a que se adecue esta visión preventiva más moderna -que comparto-, son los adultos mayores, porque son aquellos que vienen con "nanas", por decirlo alguna manera, y necesitan más del sistema paliativo que del preventivo. Esto obliga a convivir a dos sistemas, que a veces chocan, en su instrumentación, en sus recursos humanos, etcétera.

Creo que el tema amerita preocupación, porque en virtud del grado de envejecimiento de nuestra población, la salud juega una notoria carrera contra el tiempo, y lo comento, no solo porque Alberti planteó el problema de una forma muy clara, sino porque creo que deberíamos atenderla especialmente.

SEÑOR ALBERTI.- Agradezco la sugerencia de la señora Diputada Payssé de tener en cuenta la Institución de Derechos Humanos, porque podría ser un camino viable, más allá de que tengamos que recapacitar en uno de los dos roles: nosotros en derechos humanos y quizás, al ser una institución tan nueva, no cuente con expertos en envejecimiento.

En cuanto a demencia, me da un poco de vergüenza hablar, porque al parecer la señora Diputada conoce más que yo. De todas maneras, no ampliamos algunos aspectos que tienen que ver con la demencia. No solo existe la multidemencia, sino que también el temor de demencia produce demencia. Uno de los primeros problemas de quienes se jubilan es que empiezan a olvidarse de algunas cosas. Entonces, hasta el temor obsesivo, puede generar demencia. En otros ámbitos yo trabajo con el tema jubilación, y uno de las preocupaciones es "me empecé a olvidar de cosas que antes no me olvidaba", que en realidad es un mito, porque toda la vida se olvidó, pero ahora el jubilado tiene el tiempo para darse cuenta de que se olvidó. Esto lleva a una preocupación excesiva, y a veces los profesionales de la salud ceden a ello, y se medica a gente que en realidad está preocupada, pero no tiene un problema de demencia.

Otro de los aspectos de la demencia es la relación entre demencia y familia, y ya lo describió un poco la señora Diputada Payssé. Se trabaja con el paciente, pero a nivel mundial se trabaja también con la familia del demenciado. Si bien existe medicación y cosas concretas, hay prevención o enlentecimiento de estos mecanismos, y en ese caso se trabaja con la familia. En Uruguay, si bien estamos incidiendo en los protocolos, estamos todavía a años luz. Más allá de la vieja escuela, según la cual la persona con demencia vive en su mundo, cabe señalar que no sucede lo mismo con todos los tipos de demencia. A veces, es importante contar con el apoyo de la familia y con pequeñas medidas que esta pueda adoptar. Ahí estamos hablando de derechos humanos.

Hay otra cosa que tiene que ver con los derechos humanos y que hemos visto los que trabajamos durante mucho tiempo, desde la sociedad civil, en el tema de abuso y maltrato y es que el abusador termina siendo quien no quería serlo. Debe tomarse en cuenta que hay alguien que cuida a una persona durante veinticuatro horas al día, los trescientos sesenta y cinco días al año, sin ningún tipo de descanso y sin tener la percepción de final de patología. Esto no es como con un niño que sabemos que hasta los dos o tres años requiere de otra atención; estamos hablando de patologías de demencia, como el Alzheimer, con las que los pacientes pueden llegar a vivir quince o veinte años. Entonces, el abusador o agresor, de alguna manera, termina siendo víctima. Hay estudios que comprueban -en algunos hemos participado y, en otros, no- que, cuando fallece la persona, a veces, el cuidador sufre un envejecimiento repentino, más acelerado y, al mismo tiempo, se vuelve víctima como forma de sanear esta vinculación que, en realidad, no quiso tener.

En definitiva, agradezco las apreciaciones y, sobre todo, lo que tiene que ver con derechos humanos, porque nos vamos a poner en contacto para ver si por este lado podemos subsanar esta imagen o figura legal.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quería hacer algunas preguntas.

En lo personal, nos ha preocupado enormemente el maltrato y el abuso contra los adultos mayores en varios aspectos.

En la entrevista que tuvimos en la sesión pasada con la señora Rovira se ofrecieron algunos datos interesantes, pero por demás preocupantes. Por ejemplo, los centros de larga estadía, son unos ochocientos cuarenta y cuatro en el país, pero solo se encuentra habilitado el 1,2% de ellos.

Eso habla de una dinámica que tiene que ver con habilitaciones y trámites burocráticos que, evidentemente, escapan a su competencia. Sin embargo, creo que es una responsabilidad conjunta del Estado que hay que resolver y quería señalarla.

Por otra parte, quería saber qué cantidad de recursos humanos destina el Ministerio de Salud Pública a efectos de hacer relevamientos o inspecciones a estos centros de larga estadía. ¿Cómo operan? ¿Cuál es la regularidad de los controles? A simple vista, parecería que muchos de esos centros están alejados de esos controles estatales por su clandestinidad. Basta con recorrer el país para ver que han proliferado de manera importante -como lo argumenté en la sesión pasada- centros, casas o familias, inclusive, que se las ingenian para recibir a estos adultos mayores.

Otra preocupación que usted ya señaló tiene que ver con el abuso económico. Me da la sensación de que se debería triangular por parte de ese Ministerio -lo ofrezco como una recomendación- una acción mucho más enérgica aprovechando las bondades tecnológicas que tiene este mundo moderno.

Me da la sensación de que triangulando la acción entre el BPS, Salud Pública y el Instituto Nacional del Adulto Mayor, podría detectarse esto fácilmente, conforme al historial de préstamos solicitados por ese adulto mayor. Creo que ahí hay parámetros o, por lo menos, regularidades que deberían ser prácticamente históricas.

A mí me pasa que si en algún momento tengo un gasto desmedido con respecto a mi promedio en el uso de la tarjeta de crédito, la central me llama para saber si el gasto es propio o es que hubo un hurto o algún tipo de abuso. Creo que, hoy por hoy, tenemos en el país sistemas informáticos de seguimiento que, sin violentar la privacidad del titular, ofrecerían una garantía en ese sentido.

Por otra parte, nos consta que hay un debate interministerial para saber a quién corresponde esa función de inspector de los centros de larga estadía. El debate es si debería continuar en el Ministerio de Salud Pública o correspondería trasladarla al Ministerio de Desarrollo Social. De cualquier manera, más allá del debate, esto debe estar articulado mediante soluciones efectivas. Yo no soy quien para decir quién debería realizar el control. Lo que sí creo es que el Estado tiene como función primordial hacer esto y augurar que esa propuesta se pueda resolver lo antes posible.

Otro tema que nos preocupa va de la mano con la situación sanitaria. En mis recorridas por distintos Municipios o localidades, encuentro un pedido constante, que tiene que ver con la recreación. Esa palabra parece muy simbólica, pero ayuda a la situación sanitaria y también con la distracción, el esparcimiento y, de alguna manera, con el acompañamiento que el adulto mayor necesita en esa etapa de la vida.

Inclusive, he pedido asistencia a la Secretaría de la Comisión, preocupado por saber cuáles son las Unidades Ejecutoras, las propuestas y grupos que se dedican a esto, pero lamentablemente hemos encontrado poca cosa. Hay Gobiernos Departamentales que por sus menguados recursos no pueden atender el caso. Nos consta que sí hay muchos departamentos que están haciendo un noble y denodado esfuerzo. Indudablemente, todo lo que tiene que ver con las organizaciones de jubilados y pensionistas también, y es noble destacarlo. Asimismo, me consta que el Estado y el Gobierno han avanzado mucho en esa tarea de protección al adulto mayor.

Eso engloba actividades recreativas, deportivas y de esparcimiento que creo necesarias y -lo que es importante destacar- son reclamadas insistentemente, por lo menos, en las recorridas que solemos hacer.

Tendría muchísimas preguntas más, pero como el tiempo apremia, le solicitaría que nos aportara información sobre la cantidad de funcionarios, cómo operan, cómo es el sistema, en qué se puede mejorar, en qué se puede avanzar.

Desde ya, le agradecemos el informe -del que le vamos a solicitar una copia- porque ha sido realmente ilustrativo.

SEÑOR ALBERTI.- Como bien lo decía el Presidente, voy a dar un pantallazo muy rápido.

Antes que nada, quiero aclarar que la parte de inspección y habilitación depende del Departamento de Habilitación. O sea que no es el departamento en el que trabajamos. No obstante, ello no quita la responsabilidad sobre la información.

Quiero hacer algunas salvedades en cuanto a este porcentaje, que alarma, sobre los pocos centros habilitados.

Lo que hace Salud Pública no es habilitar solamente desde el punto de vista sanitario sino que junta -lo digo de una forma muy precaria- todas las habilitaciones. Muchas de estas casas que están dentro del proceso de inspección, están para habilitar desde el punto de vista sanitario, pero falta, por ejemplo, la habilitación de Bomberos.

Esta comisión de usuarios que les comentaba está negociando para ver si por medio de alguna institución se podría financiar a los centros privados. Se requiere $ 150.000 por una residencia que tiene, en promedio, diez personas. Si no está la habilitación de Bomberos, no puede funcionar.

Aclaro que otras veces la habilitación tiene que ver con la Intendencia y no con los Bomberos, pero lo cierto es que un requisito de este tipo frena la habilitación general.

Hay un promedio de veinte inspectores en la calle haciendo esa función. Uno de los temas es que la habilitación se tranca en otras administraciones.

Por otra parte, la habilitación implica un proceso. Como autocrítica, digo que es más peligroso mantener la habilitación en proceso, que habilitarlas por completo. Cuando una casa termina de ser habilitada, salvo que haya una denuncia, en virtud de la cantidad de trabajo que hay, no se la puede visitar otra vez "motu proprio". Es decir que si se habilita una casa y no hay denuncia, el Ministerio no vuelve cada tanto a ver cómo está. Aquí sí hay una carencia importante; debería existir algún plan de seguimiento después de que es habilitada.

Todas las casas en vías de habilitación están en observación. Si bien están terminadas, cada tanto se vuelve a hacer una visita complementaria. Como se trata de un proceso, una casa nunca se habilita de primera; no es como una inspección de bomberos, que se mira si están los extintores. Es más: diría que en el 99% de los casos quedan pasos por seguir. A veces, cuando inspeccionamos nos damos cuenta de que tienen poco personal y les pedimos que lo aumenten, o el procedimiento de manejo de medicamentos no es el correcto. Les damos un tiempo para corregir estas situaciones, y volvemos. O sea: es todo un proceso de pautas, más allá de que a veces no se cumplen. Esta no es una disculpa; lo dijo para explicar lo complejo que es esto.

Un tercer punto, también muy difícil, es que a veces el problema sanitario del adulto mayor tiene mucho que ver con el social. No es lo mismo un adulto mayor con una neumonía que un joven con una neumonía. ¿Cuál es la diferencia más allá de lo biológico? La vulnerabilidad social.

También voy a mencionar un problema más general. En el mundo existen cuarenta y seis tipos de servicios -o cuarenta y tres; todo depende de cómo se haga la división- para adultos mayores; constituyen una estructura y se puede pasar de uno a otro. Van desde los servicios de compañías sociales o recreativas -como bien decía el Presidente de la Comisión- hasta los que ofrecen cuidados paliativos y terminales. En Uruguay tenemos solo dos: las residencias y algún centro diurno, que en realidad no funciona como tal sino como círculo de actividad; es decir que nos faltan los cuarenta y cuatro restantes.

El problema es que muchas de las personas que están en las residencias no deberían estar allí. Cuando se accede a un servicio que no es para uno, el servicio siempre va a ser malo. En una misma residencia podemos encontrar a una persona que está sola, se internó y está deprimida por una muerte reciente, sentada al lado de otra que está demente y de otra que está postrada. Si hay algo que hemos aprendido es que en el trabajo con adultos mayores siempre se redondea para abajo. Tenemos un camino grande para crear servicios específicos porque probablemente estas tres personas que se sientan juntas en la residencia terminen demenciadas y con una dependencia severa.

Entonces, debemos mejorar la inspección y también crear servicios que impidan que la única solución de los adultos mayores del Uruguay sean las residencias. Además, no son lo mejor que hay en el mundo. Algunos estudios económicos han comprobado que cuando una persona mayor entra a una casa, eso sale $ 1, y a los seis meses, cuesta $ 5. Debemos tener en cuenta que entran allí porque tienen alguna patología. Ese es el gran problemas que a veces no se considera cuando, por ejemplo, algún médico joven viene al Programa a decir que el abuelo le dejó la casa y quiere poner una casa de salud como negocio empresarial legal. Este es un malísimo negocio, porque la persona cada vez requiere más cuidados, y eso se vuelve excesivamente caro. Lo que sucede es que se calculan los costos con alguien que recién ingresa y que, por ejemplo, se baña con una sola persona que la ayude, sin tener en cuenta que a los seis meses va a precisar

tres personas para hacer lo mismo, o que duerme con una persona que vigila y, con el tiempo, va a precisar a más de una. Por este motivo siempre hay problemas de personal.

También tenemos serios problemas con las emergencias médicas móviles, porque están cumpliendo funciones que deberían desempeñar las residencias. Hace poco tuvimos una reunión y nos comentaron que esto llega al colmo de que cuando se caen adultos mayores en las residencias a veces llaman a la emergencia para que los levante, porque no tienen personal capacitado.

Ahora voy a referirme al abuso económico. Hace años que analizo el problema de los préstamos; primero, lo hice desde la sociedad civil y luego personalmente, en otras instituciones. Hemos hablando mucho de este tema con el BPS. El señor Presidente se refirió a cruzar las bases. En algún momento eso se hizo con las residencias habilitadas, y hubo sorpresas negativas: se encontraron quince y hasta veinte préstamos al mismo nombre.

Supongo que debe haber algunas razones legales para limitar la cantidad de préstamos. El problema es que cuando viene un préstamo avalado por un escribano, no se duda.

Reconozco que hay un trancazo en cómo cruzar las bases sin perjudicar las libertades personales. En Paysandú hay una experiencia muy buena en este sentido, que ha sido llevada adelante por la Directora Departamental y la Gerenta del BPS: cada vez que viene un préstamo, van juntas a visitar al adulto mayor y le preguntan para qué es. De esa manera, se ha logrado limitar la cantidad de préstamos. Es decir que existe una instancia previa antes de adjudicar el préstamo del BPS, sobre todo, cuando se trata de personas que pertenecen a instituciones.

Les comento que esta modalidad se ha legitimado a tal punto que si a uno quiere entrar a una institución y no le alcanza el dinero, acuerda firmar un préstamo y poner al titular de la empresa. Esto es complementamente inaceptable desde el punto de vista moral, pero el problema es que la persona en su sano juicio lo habilita. Este es un problema muy común; se trata de un acuerdo, de una extorsión, de un abuso, de una presión, pero existe.

Estamos trabajando en esto, pero sinceramente decimos que todavía no hemos podido encontrar una forma de cruzar las bases y de establecer un sistema sancionatorio.

También les comento que quienes tienen hogares o, sobre todo, residencias -que son las privadas- en malas condiciones son siempre los mismos. Todavía no hemos podido hacer una especie de clearing de informes de las personas que abren este tipo de residencia. Cuando cierran una, no hay nada que les impida que a los dos días y casa de por medio -como nos ha pasado- habiliten otra con el mismo personal y la misma gente, porque los familiares los vuelven a traer. Inclusive, a veces abren una que está en peores condiciones que la anterior. Aquí debemos tener en cuenta la demora en recibir una denuncia o en detectar esas situaciones. Entonces, debería haber una especie de clearing de informes de esta gente, porque siempre es la misma.

Por otra parte, la recreación es uno de los grandes problemas que tenemos. Más allá de la capacidad de conseguir servicios recreativos hoy en día apuntamos a que la persona genere esa capacidad y que no necesite que la recreen. Se estima que menos de un 10% de los adultos mayores participa en este tipo de instituciones. El 90% no lo hace, pero por un tema cultural. Muchas veces los clubes o las actividades de este tipo no son específicamente para adultos mayores, y están dirigidos a otra población. Se motiva por medio de cursos y de talleres para que la gente acceda a cosas que le gusta y no específicamente a actividades dirigidas a adultos mayores. Además, muchas personas

no quieren ir a un club de adultos mayores, aunque lo sean. Entonces, se los motiva para que entren o un curso gratuito de la Intendencia, a un curso parroquial o a instancias similares

Lo concreto es que no tenemos ninguna política específica en materia de recreación. Por tanto, la suya puede ser una muy buena indicación a tener en cuenta. Este no es tema fácil por lo cultural, sobre todo, en el hombre. El hombre uruguayo, en particular el que se está jubilando ahora, está acostumbrado a trabajar y trabajar. Cuando estas personas se jubilan es muy difícil crearles hábitos para que hagan cosas que no hicieron antes. Si antes no escribió, no va a escribir después; si antes no talló madera -al respecto, tuvimos una experiencia frustrada-, por más que en su mente le guste tallar, no lo va a hacer. Lo que sucede es que no hemos tenido cultura del hobby.

Por tanto, tenemos serios problemas con la ocupación del tiempo libre, ya que no tenemos ofertas en ese sentido. Cabe aclarar que no tenemos ofertas para el núcleo más grande de adultos mayores, que es de nivel socioeconómico medio y medio alto y que es el que más actividad intelectual precisa. Los de los niveles más bajos tienen una mayor participación en su sustento diario, y no tienen tanta necesidad de recreación. Lo que digo es crudo, pero es así. Yo trabajé muchos años en el Piñeyro del Campo. Durante la crisis del 2002, los iban a buscar allí y se los llevaban a la casa. Pero por otra parte, las peores éscaras que vimos -las éscaras son llagas- no estaban en las personas de clase baja, porque el adulto mayor de la clase baja permanece activo. La gente que tenía más éscaras y más problemas eran de clase media para arriba, porque no tienen actividades. Nuestras universidades no están capacitadas para que aquel que dejó una carrera pueda seguir y nuestras plazas no están adaptadas para captar a esta gente. Si alguien tiene sesenta y pico de años va a ser muy difícil que consiga una película que le guste, más allá de alguna puntual. Y recién ahora hay uno o dos lugares de baile a los que pueden concurrir las personas de esa edad. No hay una estructura recreativa para esas personas que tienen poder adquisitivo medio o bajo y tienen muchos años para dedicar a estas actividades.

Nosotros coordinamos mucho con la Intendencia, que nuclea socialmente a los grupos. Hacemos derivaciones a las redes de adultos mayores para que mucha gente se incorpore a actividades lúdicas específicas y organizativas, porque hay muchos adultos mayores que buscan una ocupación que sustituya a lo laboral. No se trata solamente de ir a un baile o al cine sino de participar en una organización. Al respecto tenemos una agencia informal de derivación, una ONG que no trabaja solamente con adultos mayores, formada por gente muy capacitada que han sido funcionarios y trabajadores.

SEÑOR PRESIDENTE.- Nobleza obliga a decir que hace muchos años, con el crecimiento del Plan de Emergencia y el Plan de Equidad hoy todavía vigente, pensamos la forma de seleccionar entre sus beneficiarios brigadas o grupos que pudieran hacer esta tarea recreativa. Obviamente, no es algo de fácil articulación porque sabemos los perfiles que deben tener esos beneficiarios y debemos complementar estas acciones con los organismos involucrados, pero nos parece que se ajusta a la obligación legal de estas asistencias, que tienen que ver con las contraprestaciones y que sería un gesto muy solidario de los beneficiarios y la sociedad toda para atender a estos grupos.

Quiero hacer una simple y última reflexión. Si estamos hablando de 844 centros de larga estadía registrados, imaginemos los que puede haber sin registrar. Si tuviéramos un promedio de 900 registrados, en doce meses estaríamos necesitando seguramente unas 18.000 inspecciones solamente para atender los que están habilitados.

Pongo énfasis en la idea que planteamos públicamente hace muchos años: que los beneficiarios de los planes de asistencia social del Estado pudieran atender esto en algún

momento ya que la simple presencia de una persona ajena al centro de estadía seguramente va a evitar la sobredosis de medicamentos, el abandono y el maltrato que estamos convencidos prolifera a lo largo y ancho del país.

SEÑOR ALBERTI.- Les comentaba la experiencia con Onajpu en el interior. El simple hecho de estar allí disminuyó el número de denuncias porque empezó a haber más sensación de control. Tomo nota de esto porque es una muy buena recomendación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia del invitado.

(Se retira de Sala el señor Responsable del Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública, sociólogo Ricardo Alberti)

——El segundo punto del orden del día corresponde a un informe muy sintético de lo actuado por la CORE. Quiero destacar que seguimos con el importante trabajo y aportes que han desarrollado los anteriores Presidentes de esta Comisión. Los puntos que se han tratado son fundamentalmente los que tienen que ver con las solicitudes de refugio por parte de ciudadanos colombianos, la mayoría de ellos instalados en Ecuador. También se han incorporado algunos asuntos nuevos, por ejemplo la solicitud de amparo y refugio de ciudadanos iraníes que han quedado en territorio iraquí -luego de la guerra que enfrentó a esos países tiempo atrás- en lo que es el campamento Liberty, donde se han solicitado veinticinco cupos para Uruguay

Por otra parte, se han aprobado ingresos de familias, y en la jornada pasada de madres jefas de hogar que están refugiadas actualmente en Ecuador.

Se genera nuevamente el debate histórico y conocido por los demás Presidentes de esta Comisión en cuanto a los pocos recursos que ofrecen Acnur y otras instituciones internacionales para que Uruguay pueda seguir desarrollando estas tareas de recepción a refugiados. Se piensa ampliar los cupos pero el Estado uruguayo se enfrenta con esas dificultades que tienen que ver con la adaptación, la inserción estudiantil y la inserción laboral. Los procesos siguen siendo bastante lentos, pero es digno destacar que Uruguay, en los asuntos referidos a la CORE, sigue haciendo bien los deberes, por eso sigue siendo incluido en las listas de países convocados a recibir a distintos refugiados por diferentes razones.

En los últimos días se han detectado en el país situaciones que se han vuelto constantes, de ciudadanos africanos que deambulan por Montevideo. Al respecto, hay varias interpretaciones. Muchos de ellos han solicitado refugio a través de terceras personas y hay un debate interno en la CORE sobre si se trata de solicitudes de refugio o indicios de tráfico de personas; esto último es una presunción hipotética que se está manejando a nivel muy interno.

Esto es lo que quería destacar en cuanto a la actuación nuestra como representantes de esta Comisión ante la CORE. Por supuesto, estoy a la orden para ampliar todo esto y alguna cosa más que pueda surgir.

Se levanta la reunión.

≠